

# **Hospitais SNS**

## **Contrato-Programa 2008**

### **Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos**

#### **ANEXOS**

**Administração Central do Sistema de Saúde**  
**Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização**

**Lisboa, em 31 de Outubro de 2007**  
**Versão Final**



Ministério da Saúde



Administração Central  
do Sistema de Saúde, IP



## Índice

<b>ANEXOS</b>	<b>1</b>
<b>Anexo I</b>	<b>1</b>
Modalidade de Pagamento para a Infecção VIH/Sida - 2008	1
<b>Anexo II</b>	<b>6</b>
A. Registos Oncológicos Regionais - 2008	6
B. Racionalização do uso de Medicamentos em Oncologia - 2008	13
<b>Anexo III</b>	<b>18</b>
Diagnóstico Pré-Natal - 2008	18
<b>Anexo IV</b>	<b>22</b>
Interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação (I.G.) - 2008	22
<b>Anexo V</b>	<b>26</b>
Gestão Integrada da Doença Renal Crónica – Diálise - 2008	26
<b>Anexo VI</b>	<b>33</b>
Doenças Cardiovasculares - 2008	33
<b>Anexo VII</b>	<b>37</b>
Formação de Internato Médico - 2008	37
<b>Anexo VIII</b>	<b>38</b>
Cuidados Continuados – 2008	38
<b>Anexo IX</b>	<b>42</b>
Tabela de Preços – 2008	42

# **ANEXOS**

## **Anexo I**

### **Modalidade de Pagamento para a Infecção VIH/Sida - 2008**

#### **Objectivo**

Esta modalidade de pagamento, tem por objectivo assegurar o acesso ao melhor tratamento disponível, de acordo com o estado da arte, a todas as pessoas infectadas por VIH, através da promoção de medidas activas de adesão à terapêutica e de qualidade de cuidados, no quadro da efectiva implementação e operacionalização de um modelo de gestão integrada da doença e, é sustentada no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010.

#### **Enquadramento**

Em Portugal estima-se que existem cerca de 32.000 indivíduos infectados (19.000-53.000). Não se conhece a dimensão das infecções por diagnosticar e o número de indivíduos a necessitar de terapêutica anti-retrovírica.

Como reflecte o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010, *em Portugal, ao contrário dos restantes países desenvolvidos, a incidência de SIDA e a mortalidade associada à infecção permaneceram essencialmente estáveis, apesar do acesso generalizado aos esquemas terapêuticos combinados, questionando a eficiência e efectividade do processo.* No contexto da Região Europeia da OMS (53 Países), Portugal apresenta a segunda maior incidência de infecção VIH (251,1 casos por 1.000.000), e a maior incidência de SIDA (79,5 casos por 1.000.000). Adicionalmente, a infecção VIH/Sida constitui a mais representativa causa de morte no País entre os 30 e 39 anos. Entre 1988 e 2005 morreram cerca de 12.674 pessoas por doenças associadas à infecção VIH/Sida.

Em 2005, de 75 unidades hospitalares analisadas, 46 forneciam anti-retrovíricos a cerca de 18.679 doentes. Ao analisarmos, por quartis, o número de doentes em tratamento, verificamos que os hospitais dos dois quartis inferiores tratavam menos de 132 doentes, inclusive; os hospitais do quartil superior acompanhavam mais de 543 doentes em

terapêutica. Cerca de 43,5% (20/46) dos hospitais forneciam medicamentos a menos de 100 doentes. Por região de saúde, 60,4% dos doentes eram acompanhados em Lisboa e Vale do Tejo, 27,5% no Norte, 7,1% no Centro, 4,3% no Algarve, e apenas 0,8% no Alentejo.

Também em 2005, a despesa com internamento atingiu 25.681.487,00€, correspondendo a 4.372 episódios de internamento.

Entre 2004 e 2006, os encargos financeiros dos hospitais com anti-retrovíricos aumentaram em 45,9%, 87.544.337,00€ e 127.704.205,00€, respectivamente. A despesa, prevista para 2007, atinge os 142.391.150,45€.

A infecção pelo VIH/Sida, pelos elevados custos sociais e económicos associados e pela eficácia que a acção pública pode ter na mitigação dos seus efeitos e consequentemente desses custos, é um dos domínios prioritários do Plano Nacional de Saúde e do Programa do XXXVII Governo Constitucional.

Considerando que, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é responsável pela prestação de cuidados de saúde em todas as fases da história da doença e a todos os indivíduos infectados pelo VIH e, a inexistência de um modelo explícito de financiamento das unidades de saúde que seguem estes doentes em ambulatório, a Unidade Operacional da Contratualização e Financiamento e a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida desenvolveram, para o contrato-programa 2007, uma modalidade experimental de pagamento adicional dos cuidados prestados, em ambulatório, aos doentes com infecção VIH que iniciam pela primeira vez terapêutica com anti-retrovíricos.

A explicitação do modelo de financiamento da prestação de cuidados em ambulatório permite:

- Aumentar a transparência e rigor do modelo, responsabilizando o prestador de cuidados e o financiador;
- Aumentar a racionalização da prestação de cuidados, garantindo expressamente a sua qualidade, equidade e acessibilidade;
- Fortalecer a capacidade negocial das unidades hospitalares, visto possibilitar o planeamento e orçamentação da prestação de cuidados.

## **Âmbito**

O ritmo de novos conhecimentos no tratamento da infecção VIH/sida é crescente, exigindo às instituições e aos médicos um maior grau de dedicação. Kitahata *et al.* (2000), sugerem que os clínicos com maior experiência oferecem tratamento de melhor qualidade aos seus doentes. Tem sido sugerido que, hospitais com menos doentes têm menor capacidade para fornecer estes serviços, limitando a capacidade de coordenação e apoio entre serviços. Solomon *et al.* (2005) relatam que os serviços com mais de 100 doentes prestam cuidados de melhor qualidade.

Em termos de internamento, Cunningham *et al.* (1999), observaram uma maior mortalidade (equivalente a mais 4 mortes em 100) em hospitais com menos de 229 episódios de altas/ano. A análise da gravidade da doença, existência de comorbilidades, sexo e idade, não explicaram este diferencial.

Adicionalmente, o efeito escala tem um elevado impacto na redução de custos: unidades com mais de 500 doentes apresentam um custo/doente inferior (Bozzette *et al.*, 2001).

A conjugação destes múltiplos factores tem levado à formação de equipas multidisciplinares, com resultados positivos na adesão terapêutica (Walsh & Sherr, 2002). A gestão de caso tem sido utilizada como parte integral da prestação, aumentando a coordenação dos serviços existentes e melhorando a satisfação e qualidade de vida das pessoas que vivem com a infecção, através de cuidados de saúde individualizados. Os serviços que têm optado pela gestão de caso têm conseguido grandes benefícios na redução da despesa e do número de hospitalizações, aportando coerência ao sistema de saúde (Sowell & Grier, 1995; Le *et al.*, 1998; Feldman *et al.*, 1999; Reis, 1999; Singer *et al.*, 1999; Katz *et al.*, 2001; Parry *et al.*, 2004).

Assim, para o ano de 2008, mantém-se a lista de hospitais admitida no ano de 2007, representando cerca de 90% dos doentes em tratamento.

Admite-se a inclusão de unidades hospitalares ou associações colaborativas de unidades hospitalares que perfaçam mais de 400 doentes em tratamento. Por associações colaborativas, entende-se as unidades hospitalares que:

1. Determinem um único responsável clínico para a prestação de cuidados a doentes infectados pelo VIH;
2. Possuam registo único para a infecção VIH;
3. Desenvolvam consultas descentralizadas de proximidade;
4. Pratiquem compra centralizada de medicamento anti-retrovíricos.

Adicionalmente, poderão as unidades desenvolver parcerias formais para a gestão de caso com outras unidades de saúde (e.g. estruturas do Instituto da Droga e da Toxicodependência, Unidades de Saúde Familiar, Agrupamentos de Centros de Saúde), nomeadamente para a detecção precoce e referência da doença, no acompanhamento clínico e, na dispensa de medicamentos. Simultaneamente, poderá ser equacionado o recurso à telemedicina desde que integrada no processo produtivo das instituições envolvidas, potenciando assim, o acompanhamento do doente à distância e facilitando o seu acesso aos cuidados.

### **Pressupostos**

No âmbito do contrato-programa para 2008, a modalidade de pagamento mantém os mesmos pressupostos de inclusão de doentes, sendo apenas elegíveis doentes declarados ao Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis - Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge e que cumpram um dos seguintes critérios:

- (1) Doentes sintomáticos: doença definidora de SIDA;
- (2) Doentes com contagens de células CD4+ <350 cél. CD4+/mm<sup>3</sup>;
- (3) Doentes com contagens de células CD4+ > 350 cél. CD4+/mm<sup>3</sup> e cumulativamente Carga Vírica > 100.000 cópias VIH-1 RNA/ml;
- (4) Situações clínicas especificamente justificadas, como a gravidez, poderão ser alvo de pagamento.

Mantêm-se os mesmos pressupostos de financiamento, monitorização e indicadores constantes na Circular Normativa N.º 6/ 2007 da ACSS:

“Número de doentes que não levantam terapêutica na data prevista sobre o total de doentes em terapêutica para o período em causa”

“Número de doentes que faltam a duas consultas hospitalares sobre o total de doentes em terapêutica para o período em causa ”

“Número de doentes que matem cargas víricas indetectáveis após 6 meses de início da TAR sobre o total de doentes em terapêutica há mais de 6 meses para o período em causa.”

Os doentes incluídos na modalidade durante o ano de 2007, transitam para 2008.

O valor a pagar por doente que inicia terapêutica baseia-se no estado da arte (recomendações terapêuticas) e é de 920€/mês.

O nº de doentes a facturar mensalmente, deverá ser indicado pelo Director Clínico do Hospital.



## **Anexo II**

### **A. Registos Oncológicos Regionais - 2008**

#### **Objectivo**

Garantir, através do processo de contratualização, a disponibilização dos meios necessários para que a colheita de dados sobre doentes oncológicos e respectiva análise e interpretação sejam efectuadas de forma mais eficiente. Estes objectivos passam pela reformulação e adequação do sistema informático e da estrutura de gestão de suporte aos três Registos Oncológicos Regionais (ROR).

#### **Enquadramento**

A vigilância epidemiológica do cancro envolve a recolha sistemática de informação acerca dos casos de cancro e características das populações e a produção, análise e interpretação de indicadores da carga de doença oncológica, tratamentos e respectivos resultados, tendo a capacidade de orientar esforços de prevenção e de planeamento dos cuidados de saúde e de suportar investigação epidemiológica, biomédica e em serviços de saúde, enquadrando as políticas de Saúde Pública.

Constitui-se desta forma como uma ferramenta essencial em todos os aspectos do controlo das doenças oncológicas, através da *(i)* compreensão dos factores que afectam a ocorrência de cancro e a sua variação ao longo do tempo e entre subgrupos populacionais, gerando e testando hipóteses, *(ii)* identificação de alvos para intervenções, *(iii)* avaliação do impacto de medidas implementadas no âmbito das políticas de saúde, designadamente os rastreios de cancro, e *(iv)* previsão das necessidades de recursos humanos, instalações e equipamento destinados a prevenção primária, rastreio, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos e terminais a doentes com cancro.

Os registos de cancro de base populacional (RO) são uma peça central do sistema de vigilância pelo seu envolvimento na recolha, classificação e consolidação da informação relativa a novos casos de cancro e o seu seguimento por toda a vida, designadamente através de registos hospitalares, médicos e de anatomia patológica e dos dados constantes nas certidões de óbito. Os RO permitem a análise e interpretação de características patológicas dos cancros, incidência, mortalidade, recorrência e

sobrevivência nos diferentes grupos populacionais e podem servir de base a investigações promovidas no âmbito dos próprios RO ou por instituições externas.

Em Portugal, por falta de reconhecimento da sua utilidade e imprescindibilidade, a vigilância epidemiológica das doenças oncológicas através de RO é deficitária e inconsequente, apesar da cobertura do território nacional, excepto a Região Autónoma dos Açores, por três Registos Oncológicos Regionais (ROR).

As últimas publicações do ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro referem-se aos anos de 2000-2001, 1999-2000 e 2001, respectivamente. O ROR-Sul abrange uma população de mais de 4.400.000 habitantes, tendo sido registados 34.814 casos de cancro (incluindo 1.650 casos de cancro da pele não melanoma) em 2000 e 2001, correspondendo a uma taxa de incidência bruta de 391,3/100.000 e a uma taxa padronizada (método directo, população europeia) de 305,5/100.000.

O RORENO registou 9.773 casos de cancro (excluindo cancros da pele não melanoma) em 2000, numa população de aproximadamente 3.200.000 habitantes, correspondendo a uma taxa de incidência bruta de 308,5/100.000 e a uma taxa padronizada (método directo, população europeia) de 293,8/100.000.

O ROR-Centro cobre uma população de 2.397.154 habitantes. Em 2001 registou 7.677 casos de cancro, mas não foram considerados os casos identificados nos hospitais, Águeda, Alcobaça, Lamego, Pombal e Tondela, pelo que as taxas de incidência calculadas (incidência bruta: 319,6/100.000; taxa padronizada, método directo, população europeia: 255,1/100.000) subestimam a incidência nesta região.

Os três ROR não recolhem a mesma quantidade de informação, utilizam sistemas de codificação diferentes, e apresentam-na de forma também diferente. Não estão disponíveis dados de incidência de âmbito nacional (a última publicação desta natureza refere-se ao ano de 1993), para os anos mais recentes ou para um período que permita estimar a sua evolução de forma válida.

A utilização dos ROR como ferramentas de gestão ou como instrumentos de apoio a actividades de investigação nas suas diversas vertentes não se coaduna com a falta de exaustividade e com os atrasos que actualmente se observam na disponibilização da

informação mais básica pelos registos. Adicionalmente, as limitações de qualidade condicionam enormemente a interpretação e utilização dos dados produzidos.

### **Âmbito**

Contratualização do funcionamento e operacionalização das alterações a efectuar nos ROR com os três Centros do Instituto Português de Oncologia responsáveis pela gestão dos ROR.

### **Pressupostos**

Reconhecendo a importância dos ROR nas actividades de vigilância epidemiológica do cancro a nível nacional, torna-se essencial a disponibilização dos meios necessários para que a colheita de dados sobre doentes oncológicos e respectiva análise e interpretação sejam orientadas de forma que os ROR se caracterizem por:

- Elevados níveis de exaustividade no registo, com classificação correcta dos casos relativamente à topografia, histologia, estágio e tratamentos efectuados, para além da caracterização sociodemográfica, e seguimento dos doentes ao longo da vida;
- Avaliação regular do desempenho das actividades de registo, efectuada internamente e por entidades externas;
- Flexibilidade dos procedimentos e instrumentos de registo para incorporar a recolha de dados suplementares no âmbito de avaliações específicas, designadamente relacionadas com o apoio à avaliação da efectividade dos tratamentos;
- Produção, análise e interpretação de indicadores da carga de doença oncológica e a respectiva publicação a nível nacional e internacional;
- Capacidade para medir a actividade em oncologia de cada instituição. Facultar aos hospitais e centros de saúde o acesso à informação sobre doentes que a eles recorrem, constituindo-se como um instrumento de utilidade clínica e ferramenta de gestão;

- Capacidade para apoiar os programas de rastreio de cancro na monitorização e avaliação das actividades de rastreio, através do fornecimento atempado de informação válida;
- Disponibilidade para apoiar actividades de investigação promovidas por entidades externas e para integrar projectos de investigação.

Torna-se ainda necessário que, tendo em consideração a possibilidade de integração de diferentes bases de dados como forma de identificar casos de cancro e de obter uma grande parte da informação que lhes diz respeito, os três ROR organizem as suas actividades em torno de uma estrutura desta natureza, em que o identificador dos casos será o número do cartão de utente.

Contudo, poderão coexistir estratégias complementares para a identificação e seguimento de todos os casos de cancro, assim como para assegurar a validade da informação que lhes diz respeito; naturalmente que em contextos distintos será necessário ajustar os procedimentos à realidade local.

Deverão ser consideradas como metas para a exaustividade dos registos os valores médios dos diferentes indicadores apresentados na publicação “*Cancer Incidence in Five Continents*” mais recente, considerando apenas os registos de países europeus.

A utilização de uma plataforma informática para registo dos casos de cancro e actualização da respectiva informação é imprescindível para que seja centralizada em cada um dos ROR uma base de dados única contendo a informação mais actualizada de cada doente, a que terão acesso, de acordo com os níveis de permissão atribuídos em cada instituição, todos os intervenientes no respectivo registo. Este instrumento deverá agilizar os processos de recolha e disponibilização da informação.

Em 2008 deverá ser possível que as diferentes instituições com actividade em oncologia acedam à informação relativa aos doentes com que contactaram com um desfasamento máximo de um trimestre.

A colaboração entre os três ROR é desejável e necessária, para optimização do uso de recursos (e.g. plataforma de recolha de dados, produção de relatórios), de modo a harmonizar procedimentos (e.g. formação conjunta, reuniões para discussão das actividades desenvolvidas em cada registo, garantia da comparabilidade dos dados) e a

aumentar a exaustividade e validade dos registos efectuados em cada um dos ROR (*e.g.* partilha de informação sobre casos, ligação entre as plataformas de recolha de informação).

Durante o período 2008-2009 a prioridade dos ROR será o cumprimento dos objectivos relativamente aos casos incidentes neste período, mesmo que isso implique que sejam descontinuados os esforços para recolha de informação relativa aos casos de anos anteriores.

O apetrechamento dos ROR com os meios necessários para produzir atempadamente informação válida permitirá quantificar a actividade em oncologia e efectuar o respectivo financiamento de acordo com a informação registada. Se no segundo semestre de 2008 os ROR estiverem reequipados e a funcionar como previsto, será possível ter instrumentos adicionais, parciais, que poderão ser úteis na contratualização para 2009.

Em 2009 deverá ser atingida uma maior capacidade de produção de informação adequada, reforçando a utilidade dos instrumentos de apoio à actividade clínica e de gestão.

## **Financiamento**

O custo de financiamento, estimado pelos Directores dos Centros do Instituto Português de Oncologia, para o funcionamento dos ROR em 2008, de acordo com os objectivos e pressupostos definidos são:

- 300.000 € para o ROR-Sul;
- 300.000 € para o RORENO;
- 150.000€ para o ROR-Centro.

Os critérios para diferenciação na atribuição das verbas os seguintes:

- População abrangida:
  - ✓ Mais de 3.000.000 habitantes – RORENO e ROR Sul
  - ✓ Menos de 3.000.000 de habitantes – ROR Centro

- Número de Hospitais (incluídos na Rede Referenciação Hospitalar de Oncologia de 2002):
  - ✓ Mais de 10 Hospitais – RORENO (11 Hospitais) e ROR Sul (12 Hospitais)
  - ✓ Menos de 10 Hospitais – ROR Centro (7 Hospitais)

### **Indicadores**

Os departamentos de contratualização das regiões de saúde monitorizarão a actividade dos ROR através de relatórios trimestrais fornecidos pelas Comissões Oncológicas Regionais (COR), com informação quantitativa e qualitativa da actividade de registo, dos Centros Regionais de Oncologia, do trimestre anterior. A consecução dos objectivos definidos no Quadro 1 deverá também ser monitorizada através de informação a fornecer pelas COR.

Os meios humanos e técnicos actualmente disponíveis em cada um dos ROR deverão ser ajustados aos objectivos a atingir e aos prazos estipulados para a sua consecução. No quadro 1 são descritos objectivos específicos a alcançar até 2009, sendo definidas responsabilidades e indicados os prazos/periodicidade para a sua consecução, a ajustar após o primeiro ano e de acordo com informações recolhidas acerca do funcionamento de registos oncológicos europeus.

**Quadro 1.** Objectivos dos ROR para o período 2008-2009, com definição dos responsáveis por cada actividade e prazo limite para a respectiva conclusão.

Objectivos		Responsável	Data
1.	Auditorias internas	Cada um dos ROR individualmente	Periodicidade a definir por cada ROR
2.	Auditorias externas	Promoção pela CC-IPO	Deverá ser efectuada uma auditoria externa no primeiro trimestre de 2008. A partir de 2008 deverão ser efectuadas auditorias referentes ao ano anterior no 4º trimestre de cada ano.
3.	Produção de manuais para o registo a seguir pelos três ROR	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Revisão semestral em 2008 Revisão anual após o 1º ano
4.	Desenvolvimento, optimização e adopção de plataforma(s) informática(s) para recolha de dados	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	1º semestre de 2008 Revisão anual
5.	Formação conjunta do <i>staff</i> dos três ROR	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Semestralmente em 2008 Anualmente a partir de 2008
6.	Produção de indicadores de desempenho, para cada instituição com actividade em oncologia, no âmbito da actividade oncológica e do registo dos casos de cancro	Cada um dos ROR individualmente	A partir do início do 2º semestre de 2008, deverão ser disponibilizados trimestralmente os indicadores referentes ao trimestre anterior
7.	Publicação dos dados de incidência, e respectivos indicadores de qualidade, de âmbito regional	Cada um dos ROR individualmente	Até ao final de 3º trimestre de cada ano deverão ser publicados os dados referentes ao ano anterior
8.	Publicação dos dados de incidência, e respectivos indicadores de qualidade, de âmbito nacional	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Até Dezembro de 2009 deverão ser publicados dados referentes aos casos incidentes em 2005 e 2006
9.	Publicação de projecções de incidência de âmbito nacional	ROR-Sul, RORENO e ROR-Centro em conjunto	Até Dezembro de 2009
10.	Publicação dos dados de incidência e indicadores de qualidade no volume X do “Cancer Incidence in Five Continents”, da IARC	Cada um dos ROR individualmente	Prazos definidos pela IARC

## **B. Racionalização do uso de Medicamentos em Oncologia - 2008**

Os fármacos actualmente disponíveis no tratamento da doença oncológica são múltiplos.

Se aos mais recentemente introduzidos faltará uma noção mais real da sua efectividade aos mais “antigos” já corresponderá uma noção mais sedimentada e, em muitos casos, mais consensual do seu valor.

Em relação às terapêuticas mais “antigas” (seja na terapêutica dirigida à doença seja na terapêutica de suporte) existe actualmente um razoável consenso sobre a sua utilização quer no que diz respeito, por exemplo, ao escalonamento de fármacos de um determinado grupo (vd. analgésicos), quer no que diz respeito à ausência de vantagens relativas dentro de um mesmo grupo (vd. anti-eméticos anti-serotoninérgicos). Esse consenso baseia-se em várias fontes, particularmente na múltipla literatura sobre o assunto bem como diferentes “guidelines”.

De forma a generalizar o acesso e bom uso destes fármacos sugere-se que em cada Instituição se reequacionem as práticas no que concerne a diversos grupos terapêuticos / patologias

### Propostas:

No âmbito específico das terapêuticas em Oncologia, na tentativa de otimizar o consumo destes fármacos dever-se-ão ter em conta diferentes perspectivas / medidas, sugerindo-se:

1. O cumprimento das orientações constantes dos respectivos RCM's (Resumo das Características do Medicamento), nomeadamente no que concerne às indicações aprovadas. As indicações “off-label” podem ser eventualmente consideradas, mas devem estar sempre dependentes do parecer das Comissões de Farmácia e Terapêutica.
2. A promoção de práticas mais uniformes em cada Instituição para cada patologia ou de cada grupo terapêutico.
3. Promover a elaboração e avaliação de protocolos terapêuticos que deverão ser explícitos nos critérios de inclusão e plano terapêutico.



4. Garantia de transversalidade, intrainstitucional, na aplicação dos protocolos.
5. Definição de grupos de fármacos com fins terapêuticos similares, de modo a seleccionar fármaco(s) de forma a permitir condições mais favoráveis na respectiva aquisição.

Como exemplo, devem ser considerados:

- Anti-Eméticos Anti-Serotoninérgicos sem efeito sobre emese tardia:
  - Palonosetron
  - Ondansetron;
  - Granisetron;
  - Topisetron;
  - Dolasetron.
- G-CSF:
  - Filgrastim;
  - Pegfilgrastim
  - Lenograstim.
- Eritropoietinas:
  - Darbepoietina alfa;
  - Epoietina alfa
  - Epoietina beta.
- Agonistas LH-RH (próstata):
  - Goserilina;
  - Triptorilina;
  - Buserilina;
  - Leuprolide.
- Anti-Androgéneos:
  - Ciproterona
  - Ciproterona + Etinilestradiol
  - Flutamida;
  - Bicalutamida;
  - Nilutamida.
- Ácido Folínico:
  - mistura racémica;
  - forma levógira.

6. Estimulação do uso de formas de administração que, sem prejuízo da eficácia, se revelem mais económicas (p. ex. Paracetamol oral vs. parentérico)

### **Métodos de monitorização**

Recomenda-se também que seja monitorizada a utilização de medicamentos em Oncologia, coordenada pelas Comissões de Farmácia e Terapêutica, distinguindo aqueles com alternativas no mesmo grupo terapêutico e os de recente Autorização de Introdução no Mercado (AIM). De seguida são descritos métodos de fácil implementação e capazes de, directa ou indirectamente, informar acerca da adopção das medidas propostas, sem prejuízo de poderem ser utilizados outros indicadores ou formas de avaliação que se julguem mais adequados.

#### Medicamentos com recente Autorização de Introdução no Mercado

A monitorização das terapêuticas dirigidas à doença oncológica deverá centrar-se num conjunto de fármacos aos quais tenha sido atribuída recentemente a autorização de introdução no mercado ou uma nova indicação terapêutica:

- Bevacuzimab;
- Bortezomib;
- Cetuximab;
- Erlotinib;
- Pemetrexedo;
- Rituximab;
- Sorafenib;
- Sunitinib;
- Outros fármacos a definir.

O objectivo da avaliação é quantificar a proporção de tratamentos que tenham sido efectuados fora das indicações constantes nos RCMs/protocolos institucionais de cada medicamento.

Na ausência de registos sistemáticos, e disponíveis atempadamente, que permitam associar os tratamentos efectuados às características dos doentes, sugere-se o registo

pela Farmácia Hospitalar dos tratamentos efectuados com qualquer dos fármacos a monitorizar e do doente que os efectuou. Deste modo será possível constituir uma listagem de tratamentos, cada um deles associado a um número de processo clínico, a partir da qual será extraída uma amostra para recolha de informação com base nos registos clínicos. É de salientar que a unidade de

observação são os tratamentos (conjunto de ciclos) com cada um dos fármacos em avaliação, pelo que diferentes prescrições podem estar incluídas no mesmo tratamento ou em tratamentos diferentes, e o mesmo doente pode ter efectuado um ou mais tratamentos, com o mesmo fármaco ou com fármacos diferentes.

De modo a estimar prevalências de realização de tratamentos fora das indicações expressas nos RCMs de 10%, com uma precisão de 3%, para um  $\alpha=0,05$ , deverão ser avaliadas amostras de diferente dimensão, dependendo do número de tratamentos registados na instituição (Quadro 1).

**Quadro 1.** Dimensão da amostra em função do número de tratamentos efectuados na instituição (com os fármacos monitorizados) no período considerado.

<b>Número de tratamentos efectuados na instituição</b>	<b>Dimensão da amostra a avaliar</b>
600	235
400	197
200	132
100	80
< 100	todos os tratamentos

Uma vez identificados os processos correspondentes a cada um dos tratamentos seleccionados deverá ser extraída de cada um a informação necessária para verificar se o tratamento foi efectuado de acordo com as indicações expressas no respectivo RCM ou com o protocolo da instituição. Este procedimento deverá ser efectuado com formulários criados para cada um dos fármacos, incluindo a informação da respectiva aprovação pela Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Quando o tratamento seleccionado envolver mais do que um fármaco, deve ser efectuada a avaliação apenas relativamente ao que esteve na base da selecção.

A informação recolhida permite o cálculo da proporção de tratamentos efectuados com indicações diferentes das expressas nos RCMs/protocolos da instituição e aqueles que

eventualmente se realizaram sem o parecer da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Neste grupo devem também ser incluídos os casos em que nos processos clínicos não esteja registada a informação necessária para avaliar estes parâmetros.

#### Medicamentos com alternativas no mesmo grupo terapêutico

As recomendações efectuadas pela CNDO no sentido da selecção de fármaco(s) nos casos em que se verifique equivalência dos mesmos dentro de um grupo terapêutico e do uso de formas de administração que, sem prejuízo da eficácia, se revelem mais económicas, deverá traduzir-se em práticas mais uniformes e, em cada um dos grupos, na utilização preferencial de alguns medicamentos em detrimento dos restantes.

Deste modo, para cada um dos grupos de medicamentos que são alvo destas recomendações, propõe-se que seja calculada a proporção dos gastos efectuados com o fármaco mais consumido (em valor expresso em Euros) relativamente ao somatório dos gastos com todos os fármacos do respectivo grupo anteriormente mencionados. Estes indicadores devem ser calculados em cada mês e comparados com os obtidos no mês precedente e em igual período do ano anterior.

A título de exemplo, admita-se que para os três fármacos do grupo dos Anti-Androgéneos abrangidos por estas recomendações, no mês de Março os consumos eram de 10.000€ para a Flutamida, 20.000€ para a Bicalutamida e 30.000€ para a Nilutamida. Sendo a Nilutamida o fármaco mais utilizado (em valor), deverá calcular-se a razão entre os consumos de Nilutamida e o somatório dos consumos de Flutamida, Bicalutamida e Nilutamida ( $30.000/(10.000+20.000+30.000)=0,5$ ). Neste caso, o fármaco mais consumido (em valor) representava 50% dos gastos com fármacos do grupo. Este resultado deveria ser comparado com a proporção de gastos com Nilutamida em Fevereiro do mesmo ano e em Março do ano anterior.

No caso do Paracetamol nas formas oral e intravenosa, deverá calcular-se a proporção dos gastos com a forma farmacêutica para administração parentérica.

Devem também ser comparados os preços unitários de cada um dos fármacos no mês em questão e no mesmo mês do ano anterior.

## **Anexo III**

### **Diagnóstico Pré-Natal - 2008**

#### **Objectivo**

Garantir, através do processo de contratualização, a consolidação do Programa Nacional de Diagnóstico Pré-Natal (DPN) através da melhoria do acesso e da qualidade da componente de ecografia obstétrica.

#### **Fundamentação**

Nos últimos anos verificaram-se mudanças significativas na área da saúde materna e infantil em Portugal, que se traduziram, entre outras, na diminuição da mortalidade perinatal e infantil por causas evitáveis, assumindo as anomalias congénitas maior relevo para os serviços e para a própria sociedade, representando no final da década de 90, a 2ª causa de morte naqueles grupos etários.

Nesse contexto, foi estabelecido e regulamentado, através dos Despachos Ministeriais 5411/97 e 10324/99 o Programa Nacional de Diagnóstico Pré-Natal (DPN), que, entendido como o conjunto de procedimentos com o objectivo de avaliar se um embrião ou feto é portador de uma determinada anomalia congénita, tem vindo a constituir-se num componente essencial da prestação de cuidados de saúde pré-natais nas Instituições da Rede de Referenciação Materno-Infantil, como pode ser constatado através das sucessivas avaliações dessa actividade, realizadas pela DGS (disponíveis no site). Por outro lado, o *estudo epidemiológico dos óbitos no período perinatal alargado* evidencia, desde 2003, uma redução dos óbitos por anomalias congénitas, que ocupam, agora, o 3º lugar entre as causas de morte perinatal e infantil.

No âmbito do DPN, a ecografia obstétrica é uma técnica imprescindível cujo rápido aperfeiçoamento, na última década, induziu mesmo a criação de novas áreas de especialização como a medicina fetal, a cardiologia e a nefrologia fetais. Com o desenvolvimento e a “universalização” desta técnica, tem sido sentida a necessidade de a mesma ter de obedecer a critérios que permitam garantir, minimamente, a qualidade dos exames, pelo que foram publicados instrumentos normativos que definem o tipo de equipamento necessário, o modelo de relatórios ecográficos a serem utilizados pelas

unidades de ecografia e realizados cursos de aperfeiçoamento em ecografia fetal para médicos do SNS.

O processo de contratualização procura potenciar alguns aspectos positivos já identificados e garantir o cumprimento das prioridades estratégicas definidas para esta área:

- no Plano Nacional de Saúde é afirmado “dar-se-á prioridade ao programa de DPN de forma a alcançar um número crescente de grávidas e prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez”;
- no mesmo documento afirma-se ser necessário “desenvolver uma estratégia de integração efectiva dos diversos níveis de cuidados” e que “será privilegiada uma organização em *clusters* dos recursos complementares a prestação dos cuidados existentes que permita ganhos de acessibilidade, eficiência e efectividade para o sistema”;
- a estrutura da Rede de Referência Materno - Infantil está solidamente implantada e é efectiva a articulação entre os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP e HAPDiferenciados) e os Centros de Saúde da sua área;
- o período de estabelecimento de novos modelos de organização e gestão dos hospitais e dos cuidados primários em que nos encontramos, cria um ambiente propício à introdução de formas inovadoras de complementaridade na prestação de cuidados;
- as medidas propostas contribuem para a rentabilização do equipamento instalado na rede pública, para a redução da despesa com exames (obrigatórios na vigilância pré-natal) actualmente realizados no sistema convencionado e para a manutenção dos recursos financeiros dentro do próprio SNS;
- as medidas propostas representam um forte contributo para a integração e continuidade de cuidados e promovem a equidade no acesso a cuidados de qualidade;
- existe alguma experiência já em curso e com resultados muito satisfatórios em termos de ganhos em saúde.

## **Âmbito**

Contratualização com os serviços de obstetrícia para a realização de ecografia obstétrica às grávidas seguidas nos CS que constituem a Unidade Coordenadora Funcional (UCF), nas seguintes condições:

- Ecografia do 1º trimestre conjugada com rastreio bioquímico do 1º T – 11-14 semanas de gestação, e/ou
- Ecografia do 2º trimestre conjugada com consulta de risco obstétrico – 18- 22 semanas de gestação

Os critérios de inclusão que têm de ser satisfeitos pelos hospitais aderentes são:

- Possuir sistema de informação de tratamento e análise de imagem ecográfica.
- Possuir um terminal com o sistema de informação tratamento e análise de imagem ecográfica, no laboratório do Hospital (Protocolo I). O rastreio bioquímico tem de ser feito no próprio hospital.
- Ter ecografista com formação específica acreditado pela Fetal Medicine Foudation, ou ter competência em ecografia obstétrica pela Ordem dos Médicos, ou ter curso de aperfeiçoamento em ecografia fetal organizado pela DGS.
- Disponibilizar agenda no Sonho, ou sistema similar, para marcações dos Centros de Saúde com quem estão articulados.
- Garantir articulação entre os sistemas de informação, nomeadamente, Sonho - Astraia ou equivalente. A não existência de articulação entre o SI de suporte ao ecógrafo e o SI do Hospital, poderá ser ultrapassada com a existência de um terminal no Bloco de Partos e a respectiva licença de utilização que permitindo aceder ao SI do ecógrafo, permite o registo do acto (encerramento do caso) substituindo a necessidade de interface entre as aplicações informáticas.

O Hospital, dentro do número de protocolos disponibilizados, irá receber todas as grávidas de um Centro de Saúde (em condições de serem protocoladas), só passando a articular com um segundo Centro de Saúde quando o primeiro estiver totalmente coberto, e assim sucessivamente.

Os critérios de inclusão que têm de ser satisfeitos pelos Centros de Saúde são:

- Considerar no protocolo apenas as grávidas seguidas totalmente no Centro de Saúde (CS). Excluem-se deste grupo as grávidas que utilizam os serviços apenas para solicitar exames ao CS.
- Garantir que todas as grávidas são introduzidas atempadamente nos protocolos (actuação proactiva).

### **Pressupostos**

- A articulação entre os Hospitais aderentes e os Centros de Saúde deve ser feita com a participação das Unidades Coordenadoras Funcionais.
- O hospital deve garantir a consulta de obstetrícia para avaliação do risco às 22 semanas
- Existe articulação com a neonatologia para garantir os indicadores qualitativos.
- 20% da receita obtida pelo hospital reverte para as unidades de ecografia com a finalidade de gerar receita que possibilite a renovação do equipamento e actualização dos recursos humanos, incentivando assim a produtividade.

### **Indicadores**

- Nº de grávidas que seguiram o protocolo 1/total de grávidas seguidas no CS
- Nº de grávidas que seguiram protocolo 2/total de grávidas seguidas no CS
- Nº de grávidas que efectuaram protocolo 1 e 2/total de grávidas seguidas no CS
- Nº de grávidas que não entraram no protocolo /total de grávidas seguidas no CS
- Nº de fetos com anomalias diagnosticadas/total de grávidas do protocolo
- Nº de anomalias detectadas, confirmadas pós-parto ou pós-IVG/nº total de anomalias diagnosticadas
- Nº de Recém-Nascidos com anomalias detectadas no pós-parto cujas mães cumpriram o protocolo/ total de grávidas do protocolo
- Grau de satisfação das utentes que integraram o protocolo (inquérito na altura da alta pós-parto)

### **Preços**

- Protocolo I:
  - Ecografia 1º trimestre = 23,9 €
  - Rastreio bioquímico = 10,3 € + 7,6 €
- Protocolo II:
  - Ecografia 2º trimestre = 41,6 €
  - Consulta hospitalar = 30,0 €



## **Anexo IV**

### **Interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação (I.G.) - 2008**

#### **Objectivo**

Assumir a responsabilidade financeira pelo processo de interrupção da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório.

#### **Enquadramento**

O hospital de apoio perinatal ou de apoio perinatal diferenciado é responsável, do ponto de vista financeiro, pelo processo de interrupção da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório, independentemente de poder contratualizar parte ou a totalidade dos serviços com outras entidades.

Nestes casos, ficará aquele hospital responsável pelos fluxos financeiros inerentes ao pagamento dessa prestação de serviços. Nas situações em que houver lugar à facturação entre instituições do Serviço Nacional de Saúde, serão aplicados como valores de referência os constantes do Anexo III da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro, na falta de protocolo ou contrato de prestação de serviços.

#### **Procedimentos**

Para a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, devem os hospitais criar uma consulta de especialidade com designação diferenciada das demais, registando todas as consultas realizadas à mulher para efeitos de interrupção da gravidez.

No caso da interrupção medicamentosa da gravidez até às 10 semanas de gestação, na consulta que corresponder à administração do Mifepristone à mulher (Circular Normativa nº 9/SR de 21/06/07 da Direcção Geral da Saúde), deve o hospital registar o código 35200 - I.G. medicamentosa em ambulatório, de acordo com a Portaria nº 481-A/2007 de 16 de Janeiro.

No caso da interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação, quando for realizado o procedimento de aspiração por vácuo (Circular Normativa nº 10/SR de 21/06/07 da Direcção Geral da Saúde), deve o hospital registar o código 35205 - I.G. cirúrgica em ambulatório, de acordo com a Portaria nº 481-A/2007 de 16 de Janeiro.

O episódio de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, por via cirúrgica, fica concluído aquando da realização do procedimento cirúrgico.

O episódio de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, por via medicamentosa fica concluído aquando da consulta de follow-up (Circular Normativa nº 9/SR de 21/06/07 da Direcção Geral da Saúde).

Na ausência desta consulta, por não comparência da mulher, deve o hospital dar por concluído o episódio de interrupção de gravidez até às 10 semanas aquando última consulta realizada no âmbito do mesmo episódio.

### **Metodologia**

A definição dos preços compreensivos para I.G. medicamentosa e para I.G. cirúrgica em ambulatório teve por base as normas definidas pela Direcção-Geral da Saúde publicadas em Circulares Normativas e os preços estabelecidos para GDH e actos em ambulatório na [Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro de 2007](#).

A opção pela definição de um preço compreensivo prende-se com o facto de se entender que esta forma de financiamento, ao englobar e pressupor a realização de todos os actos, medicamentos e dispositivos considerados nos protocolos para I.G. até às 10 semanas de gestação definidos pela Direcção-Geral da Saúde, é ela própria um mecanismo de garantia do cumprimento desses protocolos.

A forma de operacionalização do pagamento por preço compreensivo deverá estar associada ao registo no formulário electrónico que suporta a Declaração Obrigatória à Direcção-Geral da Saúde e possuir os mecanismos que impeçam a duplicação de facturação.

Por outro lado, salienta-se que este preço, no que respeita às intervenções/actos posteriores à I.G. relacionados com a contracepção e planeamento familiar, contempla a colocação de implante ou outro método adequado.

### **Preços**

O preço compreensivo proposto é de **341,00€** para a I.G. medicamentosa em ambulatório e de **444,00€** para a I.G. cirúrgica em ambulatório.

O preço proposto para a I.G. cirúrgica em ambulatório é inferior ao preço em vigor para o GDH 381 em ambulatório (931,56€), situação que está associada ao facto de se considerar que o método de I.G. agora proposto é efectuado em situações de menor risco ou complexidade.

### **Facturação**

A facturação da interrupção medicamentosa da gravidez será efectuada por código 35200 - IG, ao preço previsto na Portaria nº 781-A/2007 de 16 de Julho, não havendo lugar à facturação independente de consultas, actos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção medicamentosa da gravidez.

A facturação da interrupção cirúrgica da gravidez será efectuada por código 35205 - IG, ao preço previsto na Portaria nº 781-A/2007 de 16 de Julho, não havendo lugar à facturação independente de consultas, actos, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção cirúrgica da gravidez.

Caso a interrupção da gravidez até às 10 semanas, por qualquer das vias, dê lugar ao internamento da mulher, a facturação do episódio de interrupção da gravidez processa-se por GDH, de acordo com as regras estabelecidas nos artigos 5º e 6º da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro.

Nestes casos, o hospital deverá proceder à anulação dos códigos de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação (35200 ou 35205), não havendo lugar à facturação de quaisquer consultas, actos, procedimentos ou medicamentos registados no âmbito do mesmo episódio de interrupção da gravidez que originou o internamento.

O disposto no parágrafo anterior aplica-se ainda às situações de readmissão da mulher, no internamento, num período de setenta e duas horas a contar da realização da última consulta de interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação.

No caso da interrupção da gravidez após as 10 semanas de gestação, a facturação processa-se por GDH, de acordo com as regras estabelecidas nos artigos 5º e 6º da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro e na Portaria nº 781-A/2007 de 16 de Julho.

Na interrupção da gravidez após as 10 semanas de gestação efectuada em ambulatório, o registo, codificação e facturação seguem as regras gerais aplicáveis aos GDH de ambulatório.

Na interrupção medicamentosa da gravidez após as 10 semanas de gestação em ambulatório (GDH 380 – Aborto sem dilatação e curetagem), no SONHO, ou sistema informático equivalente, há que registar o adequado Diagnóstico Principal associado ao código 00005, Administração de Mifepristone, correspondente ao código 99.99 da CID – 9 – MC.

## **Anexo V**

### **Gestão Integrada da Doença Renal Crónica – Diálise - 2008**

#### **Objectivo**

Esta modalidade de pagamento tem por objectivo assegurar o acesso ao melhor tratamento disponível para os doentes com insuficiência renal crónica que necessitam de efectuar terapêuticas de substituição da função renal, de acordo com o estado da arte e no respeito pelas boas práticas e pela segurança do doente, no quadro da efectiva implementação e operacionalização de um modelo de gestão integrada da doença.

#### **Fundamentação**

A definição do modelo de financiamento “Pagamento por preço compreensivo”, que constitui uma aproximação ao modelo de pagamento pelo resultados (P4P), e a sua associação à gestão de uma doença crónica, segue a tendência internacional e deve-se ao facto destas doenças afectarem uma “fatia” cada vez maior de população, incluindo os grupos etários mais jovens e de assumirem um papel cada vez mais relevante no consumo dos recursos de saúde.

Além disso, o objectivo de associação do modelo de financiamento “Pagamento por preço compreensivo” ao modelo de Gestão Integrada de Doença, aplicado à insuficiência renal crónica, é de que este funcione como uma alavanca para ultrapassar alguns dos constrangimentos e problemas dos actuais modelos de organização dos cuidados e de financiamento associados às doenças crónicas, destacando-se de entre eles:

- Financiamento ao acto desligado dos resultados;
- Deficiências no controlo de custos e de actividade;
- Relações de mercado pouco claras para os vários intervenientes;
- Integração insuficiente de cuidados com reflexos na qualidade dos serviços prestados;
- Ausência de informação sistematizada e coerente tanto a nível clínico como económico-financeiro.

O preço compreensivo estabelecido resulta de um trabalho conjunto de estudo e consensualização desenvolvido ao longo do ano de 2007 pelo Grupo de Trabalho da

Direcção-Geral da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde com um conjunto alargado de parceiros, nomeadamente a Comissão Nacional de Diálise e a Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Este preço engloba as componentes Sessões de Diálise, Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, relativas ao tratamento hemodialítico e às intercorrências que, frequentemente, podem surgir no decurso do respectivo tratamento e que são passíveis de serem corrigidas nas Unidades de Diálise.

Todavia, este modelo de financiamento, ao agregar um conjunto de componentes não é inibitório do expectável investimento contínuo em novas terapias que venham, inevitavelmente, a surgir, uma vez que na sua definição, mais do que a monitorização da quantidade de actos/procedimentos/medicamentos efectuados, o que importa garantir é o acompanhamento e a monitorização dos resultados dessas actividades.

O desenvolvimento do sistema de informação de gestão da doença renal crónica, no âmbito da implementação do modelo gestão integrada da doença, permite acompanhar resultados e monitorizar a qualidade dos cuidados prestados, fornecer informação sobre todos os aspectos relevantes relacionados com os tratamentos e com a evolução da doença, constituindo-se, assim, com o instrumento essencial para a aplicação do preço compreensivo.

Por outro lado, passa a ser obrigatório para todos os hospitais e entidades convencionadas de diálise, registar todos os actos, procedimentos, medicamentos e exames relativos a cada doente no “sistema de informação”, com respeito pelas regras deontológicas, pelo segredo profissional e pela protecção dos dados pessoais, de forma a garantir a monitorização, acompanhamento e avaliação dos resultados dessas actividades.

Neste sentido, foram estabelecidas metas e objectivos com implicações directas no pagamento dos serviços e na manutenção do contrato.

### **Pressupostos**

Assim, esta modalidade assenta nos seguintes pressupostos:

- Os doentes com doença renal crónica têm acesso garantido aos cuidados de saúde de que necessitem;

- Os cuidados de saúde serão prestados de forma integrada, com vista a aumentar a qualidade de vida e o bem-estar dos doentes;
- Os cuidados de saúde são prestados de acordo com elevados padrões de qualidade, efectividade e eficiência técnica;
- Os instrumentos de monitorização serão actualizados, com recurso ao sistema de informação de gestão da insuficiência renal crónica, assente na plataforma de gestão integrada da doença da Direcção-Geral da Saúde, de modo a permitirem a disponibilização de informação útil e atempada;
- Os doentes terão um papel activo no processo de gestão da sua doença;
- É fixado um montante financeiro compreensivo global por doente para um determinado período de tempo – a semana;
- É estabelecida uma relação directa e explícita entre financiamento e cumprimento dos parâmetros de serviços, em concordância com as metas e objectivos fixados.

### **Âmbito**

Os preços agora estabelecidos aplicam-se ao universo de todos os doentes insuficientes renais crónicos referenciados, cuja terapêutica de substituição da função renal seja efectuada nas modalidades de hemodiálise convencional e técnicas afins e de diálise peritoneal, não podendo ser adoptados quaisquer critérios clínicos de exclusão de doentes por parte dos hospitais.

Estes preços aplicam-se apenas aos doentes com insuficiência renal crónica integrados em programa de ambulatório programado na unidade de diálise do hospital.

### **Obrigações**

1. Os hospitais obrigam-se a:

- Desenvolver a sua actividade garantindo a humanização e qualidade dos serviços prestados, bem como a segurança dos doentes, aferidas através de indicadores definidos no Manual de Boas Práticas em Hemodiálise publicado em Diário da República, actualizados sempre que a evidência científica o aconselhe;
- Permitir aos organismos do Ministério da Saúde, através do seu sistema de informação de gestão da doença renal crónica, o acesso aos elementos relativos a cada doente necessários à gestão integrada da doença, no respeito pelas regras deontológicas e do segredo profissional;
- Prestar cuidados de saúde de qualidade aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, em tempo útil, nas melhores condições de atendimento e a não estabelecer qualquer tipo de discriminação;

- Disponibilizar toda a informação necessária e prestar toda a colaboração na realização de inspecções e auditorias efectuadas pelos organismos do Ministério da Saúde.
2. O não cumprimento das obrigações referidas implica a suspensão dos pagamentos.
3. Os organismos do Ministério da Saúde obrigam-se a:
- Efectuar o pagamento dos cuidados de saúde prestados, de acordo com o disposto na Circular Normativa da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., relativa às regras de facturação e pagamentos;
  - Monitorizar, acompanhar e avaliar os cuidados de saúde prestados;
  - Divulgar junto dos hospitais os resultados das inspecções e auditorias realizadas pelos organismos do Ministério da Saúde.

### **Modalidade do Preço**

- O preço compreensivo referido, abrange todos os encargos relativos às sessões de diálise, ao acompanhamento médico dos doentes, ao controlo e avaliação, aos exames, às análises e aos medicamentos necessários ao tratamento da insuficiência renal crónica, bem como às intercorrências passíveis de serem corrigidas, no âmbito da gestão clínica de caso.
- Os elementos integrantes das componentes do preço que serviram de referência ao cálculo do preço compreensivo serão revistos sempre que a evidência científica o aconselhe, sendo a sua divulgação assegurada pela Direcção-Geral da Saúde, através de Circular Informativa.
- Os indicadores de monitorização de resultados constarão de Circular Normativa, a emitir pela Direcção-Geral da Saúde, após audição das estruturas profissionais e técnicas neste âmbito, a qual poderá ser revista, anualmente e sempre que a evidência científica o aconselhe.

### **Preço**

É fixado o preço de 547,94€/doente/semana, para vigorar a partir de 1 de Janeiro de 2008.



## Metas e Objectivos para Monitorização de Resultados em Diálise

Todas as Unidades de Diálise (públicas e privadas) que prestam cuidados a doentes em diálise, estão vinculadas ao cumprimento das seguintes metas e objectivos de resultado:

Metas	Valor de Referência
<b>1. Controlo de Anemia</b>	
a. % de doentes com Hemoglobina (média) $\geq 10$ gr/dl e $\leq 13$ gr/dl	$\geq 70\%$
b. % de doentes com Ferritina (média) $\geq 200$ mg/ ml e $\leq 800$ mg/ml	$\geq 80\%$
<b>2. Osteodistrofia renal</b>	
a. % de doentes com fósforo (médio) $\geq 3,5$ e $\leq 5,5$ mg / dl	$\geq 50\%$
<b>3. Dose de diálise</b>	
a. % de doentes com 3 sessões de diálise/semanais	$> 90\%$
b. % de doentes com um total de horas de diálise/semanais $\geq 12$ horas	$> 90\%$
c. % de doentes com e KT/V da Ureia $\geq 1.2$ (doentes com pelo menos 3 sessões de diálise semanal)	$> 75\%$
<b>4. Qualidade da Água para Hemodiálise</b>	
a. N.º de ensaios laboratoriais que cumprem o padrão de qualidade/n.º total de ensaios	$\geq 90\%$
<b>5. Internamento</b>	
a. $\sum$ (Nº internamentos)/Total doentes seguidos na unidade)	$\leq 1$ i/doente/ano
<b>6. Mortalidade</b>	
a. $\sum$ (Nº mortes ocorridas)/Total doentes seguidos na unidade)	$\leq 20\%$ ano

Objectivos	Valor de Referência
<b>1. Nutrição</b>	
a. % de doentes com Albumina $\geq 4$ gr/dl (Método Elisa)	$\geq 60\%$
<b>2. Internamento</b>	
b. Nº de dias de internamento/doente/ano (fórmula presente no Manual de Boas Práticas)	$\leq 15$ dias /doente/ano

As metas e os objectivos, acima mencionadas, tendem a reflectir as orientações de boa prática, quer nacionais, quer internacionais, na área dos cuidados nefrológicos ao doente em hemodiálise, sendo que as primeiras servirão de suporte à monitorização contratual e os segundos constituem marcos a atingir e a contratualizar no futuro.

No processo de gestão integrada da doença o doente deverá ser considerado um parceiro activo na gestão da evolução da sua própria doença devendo para tal ser pró-activamente capacitado/empoderado pelos cuidadores e co-responsabilizado pela sua adesão aos regimes terapêuticos e adequação dos seus estilos de vida.

### **Metodologia de monitorização**

1 - Atendendo a que no Manual de Boas Práticas de Hemodiálise<sup>1</sup> está contemplado um conjunto de indicadores de monitorização da qualidade, que nos termos da Lei têm de ser cumpridos pelas unidades de diálise, são estabelecidos 3 níveis de alerta de correcção das metas, para a monitorização de resultados, a aferir semestralmente a partir de relatório produzido pelo Sistema de Informação de Gestão Integrada da Doença Renal Crónica:

1.º nível de alerta – no âmbito do processo de monitorização, a unidade de diálise é notificada pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), se alguma das metas não for cumprida, com vista à justificação técnica do desvio verificado e correcção/normalização da(s) meta(s) em causa.

2º nível de alerta - Caso a justificação técnica do desvio verificado não seja aceite pela DGS, esta notifica a entidade convencionada dessa decisão, para que no prazo de 6 meses, a contar da notificação, possa proceder à correcção e normalização da(s) meta(s) em causa, com a advertência de que, caso o não faça, decorrido aquele prazo, haverá lugar à suspensão dos pagamentos;

3º nível de alerta - no âmbito do processo de acompanhamento, passados 6 meses se a situação não estiver corrigida, a DGS notifica a Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público (ACSS) para suspender de imediato o pagamento.

---

<sup>1</sup> Despacho n.º 14 391/2001 (2ª série) publicado no Diário da República N.º 158, II Série de 10 de Julho de 2001.

2 – Findo este prazo, caso a unidade de diálise não proceda à correcção e normalização da(s) meta(s) em causa, a DGS solicitará à Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) uma auditoria/inspecção decorrendo daí as sanções que resultarem dos processos instaurados.

3 - Caso ocorra a suspensão dos pagamentos, a ACSS só pode retomá-los e pagar o valor correspondente aos meses em que vigorou a suspensão, após notificação da DGS, no mês seguinte àquele em que a unidade de diálise tenha corrigido e normalizado a(s) meta(s) em causa.

## **Anexo VI**

### **Doenças Cardiovasculares - 2008**

1. As doenças cardiovasculares (doença isquémica do coração e acidente vascular cerebral) são a primeira causa de mortalidade em Portugal.

A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares definiu como sua acção prioritária a melhoria da organização dos cuidados de saúde nas fases agudas das duas situações: enfarte agudo do miocárdio (EAM) e acidente vascular cerebral (AVC). O factor tempo é fundamental para a redução da mortalidade, tanto por EAM como por AVC, estando demonstrados benefícios reais nesta redução de mortalidade se o tratamento for efectuado nas primeiras 3 horas desde o início dos sintomas.

Sob a designação global de Vias Verdes (VV), pretende-se alertar a população para os sintomas e sinais precoces de EAM e de AVC, de modo a accionar, através do 112, as VV respectivas da responsabilidade do INEM e que deverão conduzir os doentes para os Hospitais mais adequados (por possuírem Unidades Coronárias e de AVC) para o diagnóstico e tratamento das duas situações agudas (VV pré-hospitalares).

No caso de o doente procurar o Hospital pelos seus próprios meios, deve este Hospital organizar o seu Serviço de Urgência para o diagnóstico rápido de EAM (ECG) e de AVC (TAC CE) e criar “corredores” expeditos para o tratamento adequado nas respectivas Unidades Coronária ou de Intervenção Coronária Percutânea no caso do EAM e Unidade de AVC no caso do AVC (VV intra-hospitalares). Este princípio aplica-se aos Hospitais com Serviços de Urgência Polivalente (SUP) e Médico-cirúrgica (SUMC). No caso dos Hospitais com Serviços de Urgência Básica (SUB) a actuação é semelhante à dos Centros de Saúde ou do próprio cidadão, devendo ser accionado o 112.

2. A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares elaborou Recomendações (Guidelines) sobre o diagnóstico e tratamento da fase aguda do EAM e do AVC que foram largamente difundidas por todos os médicos e instituições de saúde desde Abril de 2007.

3. A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares elaborou folhetos, cartazes e outros meios de difusão, da mensagem do Factor Tempo com os sintomas e sinais precoces de EAM e de AVC para a população. As campanhas populacionais iniciaram-se em Agosto na ARS do Algarve, em Outubro na ARS do Alentejo e em Dezembro para as ARS do Norte e Centro.
4. A Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares criou Registos electrónicos para todos os casos de EAM e de AVC internados nas respectivas Unidades Hospitalares. Pretende-se um Registo contínuo, com parâmetros que permitam avaliar a aderência às Recomendações, em termos de tempos e de tipo de tratamento e o conhecimento atempado da incidência e mortalidade hospitalar das duas situações referidas. Os Registos permitem, igualmente, saber se na altura da alta hospitalar, no caso dos sobreviventes, foram prescritos conselhos de estilos de vida (cessação tabágica, por exemplo) e as terapêuticas estabelecidas para prevenção secundária. Estes Registos já se iniciaram na ARS do Algarve (Hospital de Faro) e espera-se que sejam iniciados à medida que forem sendo divulgadas as VV nas outras ARS.
5. O preenchimento dos **Registos** é obrigatório nos Hospitais incluídos nos Pontos de Rede de Urgência Cardiovascular (Anexo para as VV de EAM e de AVC), actualmente na maioria dos Hospitais com SUP e SUMC mas no futuro aplicável a todos eles.

Para além do preenchimento dos Registos, os **tratamentos** adequados para o EAM e para o AVC devem na realidade ser efectuados:

  - trombólise endovenosa nas primeiras 3 horas de início de sintomas de EAM
  - angioplastia primária nas primeiras 6-12 horas de início de sintomas de EAM
  - trombólise endovenosa nas primeiras 3 horas de início de sinais de AVC
6. Os doentes admitidos com os diagnósticos considerados devem ser objecto de **follow-up**, aos 6 ou aos 12 meses. Dado que no Registo não é identificado o doente (de acordo com as regras de protecção de dados) este follow-up só poderá ser efectuado pelo Hospital ou respectiva Unidade de tratamento.

ANEXO	VV EAM	VV AVC
<b>ARS NORTE - SU Polivalente</b>		
H. S. João		
CH Porto (H. Sto. António)		
H. S. Marcos (Braga)		
CH Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Real)		
CH Vila Nova de Gaia / Espinho (Gaia)		
<b>ARS NORTE - SU Médico-Cirúrgico</b>		
CH Alto Ave (Guimarães)		
CH Tâmega e Sousa (Vale de Sousa)		
ULS Matosinhos		
CH Alto Minho (Viana do Castelo)		
CH Nordeste (Bragança)		
CH Nordeste (Mirandela)		
CH Médio Ave (Vila Nova de Famalicão)		
CH T-os-M e AD (Chaves)		
CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde (Póvoa)		
H. S. Sebastião (Vila da Feira)		
<b>ARS CENTRO - SU Polivalente</b>		
H.U.C.		
C.H.C. (Covões)		
H. S. Teotónio (Viseu)		
<b>ARS CENTRO - SU Médico-Cirúrgico</b>		
H. Infante D. Pedro (Aveiro)		
H. Amato Lusitano (Castelo Branco)		
H. Sousa Martins (Guarda)		
CH Cova da Beira (Covilhã)		
H. Sto. André (Leiria)		
H. Figueira da Foz		
<b>ARS LVT - SU Polivalente</b>		
H. Santa Maria		
CH Lisboa Centro (H.S.José, H.Sta. Marta)		
CH Lisboa Ocidental (H.Sta.Cruz, H.S.F. Xavier)		
H. Garcia de Orta		
<b>ARS LVT - SU Médico-Cirúrgico</b>		
H. Fernando da Fonseca		
H. Curry Cabral		
CH Setúbal (H. S. Bernardo)		
H. Santarém		
H. Reynaldo dos Santos (Vila Franca de Xira)		
H. N. Sra. Rosário (Barreiro)		
H. Cascais		
H. Torres Vedras		
CH Médio Tejo (H. Abrantes, H. Torres Novas)		
CH Caldas da Rainha		

ANEXO	VV EAM	VV AVC
<b>ARS ALENTEJO - SU Polivalente</b>		
H. do Espirito Santo (Évora)		
<b>ARS ALENTEJO - SU Médico-Cirúrgico</b>		
CH Baixo Alentejo (Beja)		
H. Portalegre		
H. Litoral Alentejano		
<b>ARS ALGARVE - SU Polivalente</b>		
H. Faro		
<b>ARS ALGARVE - SU Médico-Cirúrgico</b>		
CH Barlavento Algarvio		

## Anexo VII

### Formação de Internato Médico - 2008

Na sequência da criação de uma linha de financiamento para a formação e investigação no contrato-programa 2007-2009 e do determinado na metodologia aprovada para 2007, foi previsto um valor a atribuir aos hospitais, de acordo com o número de internos conferidos em função das suas capacidades formativas.

Estudos efectuados, apontam para a cobertura da despesa com o ano comum, que no ano de 2008, será de 20.873,58€, procurando-se que progressivamente os anos subsequentes, sejam também eles alvo de uma comparticipação evolutiva, que acompanhará a sua gradual autonomia profissional e a sua maior participação activa na produção, toda ela já objecto de facturação individualizada. Assim, os valores a atribuir serão os seguintes:

Valores a atribuir			
	Internato		Valor €
	Ano Comum		20.873,58
25%	Especialidades		
	1º Ano		5.218,40

Os valores a pagar aos hospitais serão objecto de facturação, com apresentação de lista nominal, desenvolvida por ano de internato.



## **Anexo VIII**

### **Cuidados Continuados – 2008**

#### **1. Objectivo**

No âmbito dos princípios da promoção do acesso dos utentes ao SNS e da Equidade a cuidados de saúde adequados a cada situação, que fomentem em ambientes facilitadores a capacitação para as actividades de vida diária, bem como da promoção da sustentabilidade financeira do SNS, através do uso eficiente dos recursos disponíveis, o hospital deverá desenvolver uma adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

#### **2. Âmbito de aplicação**

Entidades do SNS que integrem a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, prestando cuidados de saúde em Unidades de Convalescença e/ou Unidades de Cuidados Paliativos (Decreto-Lei nº 101/2006, de 06 de Junho).

A integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados requer o reconhecimento prévio por parte da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

#### **3. Uteses admitidos**

No caso de existir, no Hospital, uma unidade de convalescença ou de paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, os utentes provenientes deste Hospital podem ter prioridade no acesso àquela unidade, sem prejuízo do cumprimento dos critérios e fluxos de referenciação através da Equipa Coordenadora Local, a quem compete a decisão de admissão na unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

#### **4. O que contratualizar?**

Os cuidados de saúde a prestar nas unidades de internamento tipificadas nos anexos 1 e 2, que tenham como destinatários utentes cuja entidade financeira responsável seja o SNS e, conforme a carta de compromisso assumida.

Os cuidados de saúde a contratualizar são expressos em diárias de internamento remuneradas em conformidade com a Portaria nº 1087-A/2007, de 5 de Setembro, ao qual acrescem os encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico, apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão.

## 5. Monitorização

Sem prejuízo da necessidade de um conjunto mais alargado de indicadores, designadamente os indispensáveis à caracterização dos utentes da RNCCI, a monitorizar no contexto da própria Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, é definido o seguinte conjunto mínimo, para efeitos de contratualização:

Área	Indicador	Obs
<b>Acesso</b>	Tempo de espera (dias) das referências efectuadas segundo a tipologia	Aplicável ao conjunto dos Hospitais com Equipa(s) de Gestão de Altas, e não apenas àqueles em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº de referências efectuadas segundo a tipologia RNCCI	Aplicável ao conjunto dos Hospitais com Equipa(s) de Gestão de Altas, e não apenas àqueles em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
<b>Actividade e Rendimento</b>	Nº admissões	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº doentes tratados	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº doentes saídos	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Taxa de ocupação	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Demora média (dias)	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº doentes tratados por cama	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº doentes saídos por cama	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
<b>Adequação</b>	Nº admissões / Nº total de episódios de internamento de longa duração e de evolução prolongada	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº total de referências efectuadas / Nº total de episódios de internamento de longa duração e de evolução prolongada	Aplicável ao conjunto dos Hospitais com Equipa(s) de Gestão de Altas, e não apenas àqueles em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Nº de altas por transferência para Hospital ou Unidade de Agudos	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
<b>Desempenho económico-financeiro</b>	Custo unitário por dia de internamento	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI
	Custo unitário por doente tratado	Aplicável aos Hospitais em que exista(m) Unidade(s) da RNCCI

Região (Dec-lei 244/2002)	Instituição	Tipologia	Lotação	Data Início inicialmente reportada	Obs.	Data de início
Alentejo	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo - H. S. Paulo - Serpa	Convalescença	20	01-03-2007		01-03-2007
	Hospital do Espírito Santo (Évora)	Convalescença	20	01-10-2007	Unidade especializada em AVC. Necessidade de adaptar uma ala do internamento deste Hospital à filosofia que preside à implementação da RNCCI (para reabilitação de AVC)	22-10-2007
	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo - H. S. Paulo - Serpa	Paliativos	8	2008	O projecto de adaptação/remodelação encontra-se em fase de análise. A ARS pondera a hipótese de entrega à SCM Serpa pela falta de condições regulamentares de acessibilidades e pelo valor superior a 1 milhão de euros em que a obra se encontra orçamentada e a construção pelo mesmo valor duma nova unidade.	01-12-2008
Algarve	Hospital Distrital de Faro - (CS Loulé)	Convalescença	20	08-02-2007	O acordo foi assinado com efeitos a 01/12/2006, entrando em funcionamento apenas em 08/02/2007, uma vez que se verificaram algumas dificuldades ao nível da constituição da equipa de profissionais afectos a esta Unidade.	08-02-2007
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira - Hospital do Fundão	Paliativos	10	Serviço do H. Fundão	Não foi assinada Carta de Compromisso. Financiamento integrado no Contrato Programa do Hospital (Agudos).	2007
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - - Cantanhede	Convalescença	36	14-05-2007		14-05-2007
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - - Cantanhede	Paliativos	14	15-09-2007	Atraso na constituição da equipa.	24-09-2007
	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Convalescença	21	01-03-2008	Obras em curso em virtude de melhoramento introduzidos ao Projecto	Abr-08
Norte	IPO Porto	Paliativos	15	18-06-2007	Data de Início confirmada. Ampliação 5 Camas em 1/10/2007	18-06-2007
	Hospital Nª Sra. Ajuda - Espinho	Convalescença	20	01/03/2008	Unidade transferida da Região Centro. Obras em vias de finalização. Reformulação das valências inicialmente previstas	Abr-08
	Hospital Nª Sra. Ajuda - Espinho	Paliativos	10	01/03/2008	Unidade transferida da Região Centro. Obras em vias de finalização. Reformulação das valências inicialmente previstas	Abr-08
	Hospital Nª Sra. Valongo	Convalescença	24	03-09-2007		03-09-2007
	Unidade Local Matosinhos	Convalescença	22	01-10-2007	Atraso decorrente de obras de adaptação e dificuldade de recrutamento de recursos humanos médicos	01-10- 2007

Região (Dec-lei 244/2002)	Instituição	Tipologia	Lotação	Data Início inicialmente reportada	Obs.	Data de início
Alentejo	ULS Norte Alentejano	Convalescença	15	Dez. 2008		Dez-08
		Paliativos	8	Dez. 2008		Dez-08
Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Portimão)	Paliativos	8	Dez. 2008	No ano de 2007 não será possível avançar com esta proposta, dada as dificuldades sentidas na constituição de equipas multidisciplinares. Aguarda-se confirmação do CHBA do mês a iniciar e eventualmente equipamento e adaptações a introduzir	Dez. 2008
	Hospital Distrital de Faro	Paliativos	8	Dez. 2008	No ano de 2007 não será possível avançar com esta proposta, dada as dificuldades sentidas na constituição de equipas multidisciplinares. Aguarda-se confirmação do HDF do mês a iniciar-se eventualmente equipamento e adaptações a introduzir	Dez. 2008
Centro	Centro Hospitalar Cova da Beira - Hospital do Fundão	Paliativos	5	Out. 2008	Aumento da capacidade	
		Convalescença	20	Out. 2008	Ainda não iniciou obras. (Encontra-se em fase de preparação este investimento)	Dez-08
	Hospital de Anadia	Convalescença	22	Out.2008	Ainda não iniciou obras. (Encontra-se em fase de preparação este investimento)	
	Hospital de Estarreja	Convalescença	22	Out. 2008	Ainda não iniciou obras. (Encontra-se em fase de preparação este investimento)	
	Hospital de Tondela	Convalescença	22	Out. 2008	Ainda não iniciou obras. (Encontra-se em fase de preparação este investimento)	
	Hospital Seia	Convalescença	20	1/07/2008	Em obras	Set-08
		Paliativos	10	1/07/2008	Em obras	Set-08
Norte	Hospital S. João Madeira (Unidade Vale de Cambra)	Convalescença	20	Camas não identificadas como RNCCI	Aguarda avaliação ARS	Dez-08
	Centro Hospitalar do Nordeste, EPE - Macedo de Cavaleiros	Convalescença	20			Abr-08

## Anexo IX

### Tabela de Preços – 2008

Contrato- Programa - Tabela de preços para 2008

Grupos de financiamento	Preços de 2007	Proposta de preços para 2008 *
		Unidade: Euro
<b>Internamento e ambulatório de GDH Médicos e Cirúrgicos (preço base):</b>		
1	2396,25	2396,25
2	2396,25	2396,25
3	1841,56	1841,56
4	1936,91	1936,91
<b>Internamento de doentes crónicos:</b>		
	Psiquiatria	
	85,22	85,22
	Ventilados	
	293,91	293,91
	Med. Fis. Reabil.	
	247,05	247,05
	Hansen	
	85,22	85,22
	Pneumologia	
	85,22	85,22
<b>Consultas Médicas</b>		
	Consultas subsequentes	
1	122,06	124,62
2	108,23	110,5
3	45,32	46,27
4	68,56	70,00
	Primeiras consultas	
1	134,27	137,08
2	119,05	121,55
3	49,85	50,90
4	75,42	77,00
<b>Urgência (atendimento)</b>		
1	95,07	95,07
2	137,92	137,92
3	39,35	39,35
4	69,11	69,11
4 **	106,89	106,89

**Contrato- Programa - Tabela de preços para 2008 (continuação)**

<b>Grupos de financiamento</b>	<b>Preços de 2007</b>	<b>Preços propostos para 2008 *</b>
		Unidade: Euro
<b>Hospital de dia (sessão)</b>		
	Hematologia	
	368,28	368,28
	Infecçiology	
	517,64	517,64
	Imuno-hemoterapia	
	368,28	368,28
	Psiquiatria	
	38,26	38,26
	Outras sessões	
	25,27	25,27
<b>Tratamento de doentes em hemodiálise (semana)</b>		
	Hemodiálise	
	---	547,94
	Díálise Peritoneal	
	---	547,94
<b>Diagnóstico Pré-Natal</b>		
	Protocolo I	
	41,80	41,80
	Protocolo II	
	71,60	71,60
<b>Interrupção Voluntária da Gravidez ***</b>		
	IVG medicamentosa até às 10 semanas	
	341,00	341,00
	IVG cirúrgica até às 10 semanas	
	444,00	444,00
<b>Novos doentes do VIH em ambulatório (doente/mês)</b>		
	920,00	920,00
<b>Domicílios (consulta)</b>		
	41,53	41,53
<b>Dias de permanência em Lar - IPO</b>		
	78,98	78,98

\* Preços iguais aos do CP de 2007, com excepção dos preços da consulta externa que foram inflacionados com 2,1%, valor da inflação de 2006

\*\* Hospitais do grupo 4 com urgência polivalente

\*\*\* 2007 - paga a partir de 15 de Julho